

DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS/MENTALES/DE COMPORTAMIENTO

Nombre de la agencia o la persona

Calle y número

	TX	
Ciudad	Estado	Código Postal

Teléfono Fax

Por medio de la presente autorizo a la agencia o la persona que se nombra arriba para que divulgue los registros médicos/mentales/de comportamiento del estudiante que se nombra a continuación, al DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON:

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Escuela

Grado

Registros que solicita

Fecha (s) del servicio: _____

☐ Médico (especifique: _____)☐ Mentales/de comportamiento (especifique: _____)

Esta información ha de usarse con fines de planeación educativa.

Declaraciones:

- ☐ El padre, tutor legal, padre sustituto o estudiante mayor de edad ha sido plenamente informado y comprende la actividad para la que se solicita su consentimiento.
- ☐ El padre, tutor legal, padre sustituto o estudiante mayor de edad acepta por escrito la actividad para la que se solicita el consentimiento.
- ☐ El padre, tutor legal, padre sustituto o estudiante mayor de edad comprende que su consentimiento es voluntario y que puede revocarlo por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción se haya tomado en referencia a esta autorización.
- ☐ A menos que se haya revocado, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha de esta autorización.
- ☐ La información que se haya utilizado o revelado de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte de quien la recibe y no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- ☐ La información que se haya publicado podría contener información relacionada con el SIDA o VIH, abuso de drogas o alcohol, de salud mental o de comportamiento o de atención psiquiátrica.

Certificación

Certifico que soy el padre, tutor legal, padre sustituto o estudiante mayor de edad que se menciona en este formulario. Doy mi autorización para que se divulgue la información solicitada. Estoy consciente de mis derechos legales en cuanto a la divulgación de mi información personal en la que se incluye mi derecho a retirar mi autorización y la obtención de copias de la información previa solicitud por escrito. Entiendo que este permiso es válido sólo para el propósito indicado anteriormente y por un período de un año a partir del día de hoy.

FIRMA DEL PADRE, TUTOR, PADRE SUSTITUTO
O ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD

FECHA

FIRMA DEL INTÉRPRETE (SI HUBO)

FECHA

REGRESE ESTE FORMULARIO A QUIEN LO ORIGINÓ: